

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N^o

1455

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy CHEVILLOTTE

Né le 11 Septembre 1912 à Bar-sur-Aube (Aube)

Contribution à l'étude du traitement des épistaxis rebelles des grandes filles hémogéniques Indications et efficacité de la Splenectomie.

Président : NOBECOURT, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Guy CHEVILLOTTE

Né le 11 Septembre 1912 à Bar-sur-Aube (Aube)

**Contribution à l'étude du traitement
des épistaxis rebelles
des grandes filles hémogéniques
Indications et efficacité de la
Splénectomie.**

Président : NOBECOURT, Professeur

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI^e

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage d'affectueuse reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

En souvenir de nos années de confiante et heureuse intimité.

A Monsieur le Professeur P. NOBECOURT

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies infantiles

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette Thèse.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Léon TIXIER
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

*Qui m'a inspiré ce travail et qui a bien
voulu m'en confier les éléments au
terme d'une année d'Externat dont le
souvenir m'est particulièrement pré-
cieux.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stages

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur LENORMAND

Monsieur le Professeur RATHERY

Monsieur le Professeur LÆPER

Externat

Monsieur le Docteur Louis BAZY
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Docteur Sylvain BLONDIN
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Lucien RIVET
Médecin de l'Hôpital Lariboisière

Monsieur le Docteur Louis LÆDERICH
Médecin de l'Hôpital Necker

Monsieur le Docteur ECK
Médecin assistant à l'Hôpital des Enfants Malades

*Qui, en formant mon éducation médi-
cale, ont été des Maîtres si bienveil-
lants.*

*En témoignage de respectueuse grati-
tude.*

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Parmi les manifestations du « Syndrome hémogénique » constatées chez les filles, au cours de la seconde enfance, l'Épistaxis est l'une de celles qui, par son abondance et sa répétition, est susceptible de créer un état d'anémie grave et de mettre en danger la vie de l'enfant.

Autrefois, un tel accident chez une fillette relevait d'une thérapeutique hémostatique en quelque sorte empirique — soit locale, soit générale — mais les travaux de P.-E. Weill, en 1920 — qui précisèrent la notion d'hémogénie à laquelle se rattache cet accident — permirent d'envisager un traitement plus rationnel et plus efficace dont nous avons été amené à faire le sujet de cette thèse.

Deux cas, en effet, d'Épistaxis rebelles chez les grandes filles, que nous avons pu suivre dans le service de notre Maître le Docteur Léon TIXIER, au cours de notre année d'Externat 1938-1939 — et qui ont d'ailleurs fait l'objet d'un article de celui-ci dans le *Monde Médical* du 1^{er} octobre 1938 — sont de nature à démontrer, après plusieurs autres, l'efficacité et la valeur indéniable de la splénectomie qui semble être la thérapeutique de choix des formes graves du syndrome décrit par P.-E. Weill.

Ce syndrome, rappelons-le, constitue une véritable diathèse hémorragique; plus fréquemment observé chez les filles aux approches de la puberté, il se carac-

térise essentiellement par des modifications vasculo-sanguines :

Thrombopénie.

Irrétractilité du caillot.

Prolongation du temps de saignement.

Fragilité capillaire : signe du lacet,

et par une tendance spontanée aux hémorragies cutanées muqueuses ou viscérales qui surviennent par poussées.

L'hémophilie, plus anciennement connue s'en distingue par son caractère héréditaire matriarcal frappant la lignée masculine, par l'origine généralement traumatique et le caractère provoquée des hémorragies et par des troubles sanguins particuliers dont le retard du temps de coagulation est le principal.

Il existe toutefois une association des deux diathèses, hémogénique et hémophilique qui n'est pas sans compliquer le problème clinique.

Leur pathogénie est d'ailleurs encore mal élucidée et relèverait de troubles complexes endothélio-hématoblastoplasmatique (P.-E. Weill).

Aussi est-il rare de constater un syndrome hémogénique pur et même comme le faisait déjà remarquer notre Maître le Docteur Léon TIXIER, dans un article du « *Traité de Médecine des Enfants*, de Nobécourt et Babonneix de 1934 », les caractères hématologiques, sauf la prolongation du temps de saignement sont-ils assez souvent inconstants.

« Dans la pratique courante, insistait-il, dans son article du *Monde Médical*, l'association de lésions purpuriques et d'épistaxis répétées doit évoquer l'idée

« d'un syndrome hémogénique; la prolongation du
« temps de saignement est l'anomalie sanguine la plus
« constante qui permettra d'affirmer ce diagnostic. »

Celui-ci posé, il s'agit d'envisager une thérapeutique appropriée aux cas graves qui peuvent se présenter dans la pratique pédiatrique, la seule qui rentre dans le cadre de notre étude. Avant d'aborder la discussion de cette thérapeutique telle qu'elle s'est imposée par l'évolution des cas que nous avons suivis à l'hôpital des Enfants Malades, nous tenons à rappeler les observations suivantes que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et qui aboutissent à des conclusions analogues.

En mars 1932, M. le Professeur NOBECOURT et MM. LIEGE et GRODNITSKY, rapportèrent à la Société de Pédiatrie de Paris, le cas suivant, qui est l'un des plus typiques en faveur du procédé thérapeutique que nous désirons mettre en relief :

Emma R..., née le 1^{er} juillet 1920 arrive à la consultation de M. le Professeur LE MEE, le 29 octobre 1931, pour épistaxis de la narine droite.

L'enfant, née à terme (3 kilos 700) présentait à l'âge de dix ans cinq mois, des hémorragies gingivales spontanées qui s'espacèrent puis cessèrent.

En août 1931 :

Epistaxis durant 2 à 3 jours.

Hémorragies abondantes pour la plus petite plaie. Taches rouges et ecchymoses à la moindre pression.

Hospitalisée, on lui fait un tamponnement au sérum antidiphthérique et des injections d'anthéma qui n'arrêtent pas l'épistaxis.

A 13 heures, une transfusion de 200 grammes est pratiquée, l'épistaxis s'arrête mais reprend à 16 heures.

Nouvelle transfusion les 30 et 31 octobre.

A son entrée dans le service, l'enfant qui mesure 1 m. 43 et pèse 33 kilos, est très pâle.

Agée de onze ans quatre mois elle est au début de sa puberté. On note une ecchymose au point d'une injection sous-cutanée — sa température est de 37°6, 37°8.

Il n'y a pas de signe du lacet. Le temps de saignement est de 15 minutes. Le caillot est irrétractile. Le foie et la rate sont normaux.

On prescrit 6 grammes de CaCl^2 per os.

20 cm^3 d'arrhémapectine.

200 gr. de foie de veau par jour.

Le 6 novembre : pétéchies.

Le 7 novembre : on détamponne; à midi reprise de l'épistaxis, aussi refait-on un tamponnement. puis injection d'adrénaline — 10 cm^3 d'anthéma.

Le soir injection de 100 cm^3 de sérum gélatiné. l'enfant est dans un état lipothymique.

Le 9 novembre — l'hémorragie cesse — mais l'enfant reste très faible les jours suivants.

Le 8 novembre, la numération sanguine montre :

2.200.000 hématies;

75.000 plaquettes.

Les 21, 22, 28, 29 novembre : Epistaxis malgré de nouvelles injections d'anthéma.

Le 30 novembre : l'état s'aggrave, la température monte à 39°-40°.

L'anémie s'accroît : 1.000.000 d'hématies;

valeur globulaire : 1.50.

On décide alors la splénectomie que l'on fait précéder de trois transfusions de 500 cm^3 environ chacune.

L'intervention a lieu le 8 décembre sans incident. La rate est un peu grosse, pèse 190 gr., la structure de l'organe paraît tout à fait normale, seul est à signaler un aspect congestif de la pulpe avec hypertrophie des corpuscules de Malpighi.

Les suites opératoires furent bonnes.

Le temps de saignement est tombé à 2 minutes 5.

Le temps de coagulation est de 10 minutes.

La rétractilité du caillot commence aussitôt et est terminée en deux heures.

Les hématies sont remontées à 2.600.000.

Les plaquettes à 35.900.

L'hémoglobine à 65 %.

La guérison s'affirme de jour en jour.

L'enfant fut revue en mars 1932, l'état général était bon. Son poids était de 36 kg 500 et un examen hématologique montrait :

Temps de saignement de : 2 minutes.

Temps de coagulation de : 11 minutes.

Hématies : 3.400.000.

Plaquettes : 141.600.

Valeur globulaire : 1,2.

Taux de l'hémoglobine : 80 %.

Et le Professeur NOBECOURT de conclure que, sans affirmer définitivement la guérison, on est obligé de constater que l'enfant a été sauvée d'une mort imminente certaine par l'intervention chirurgicale pratiquée.

En juillet-août 1935, MM. P. MALLET-GUY et P. CROIZAT, dans le *Lyon Chirurgical*, ont relaté le cas d'une fillette hémogénique de 11 ans, guérie par splénectomie après échec d'un traitement radiothérapique.

En février 1937, M. V. CORDIER, P. CROIZAT et P. LA-GEZE ont fait paraître dans le *Lyon Médical*, une observation concernant une enfant de 11 ans qui, pendant plusieurs années, présentait des Epistaxis rebelles et fut hospitalisée en mars 1936 pour des hémorragies utérines à l'occasion de sa première menstruation. Le traitement mis en œuvre (transfusion sanguine, sérum gélatiné, extrait de corps jaune, radiothérapie) fut suivi d'une amélioration momentanée, puis d'une reprise le 20 juillet, des hémorragies, ce qui, après quatre nouvelles transfusions, nécessita le 21 août, une splénectomie dont l'efficacité fut nettement reconnue.

En 1938, Kuperberg, dans sa thèse sur « la splénectomie » chez l'enfant, relate parmi les observations présentées, celles de deux fillettes, atteintes d'épistaxis rebelles par hémogénie, dont la guérison ne s'obtint qu'après splénectomie qui fit non seulement disparaître les hémorragies, mais favorisa, en outre, manifestement la croissance des petites malades.

OBSERVATIONS

Nos observations, recueillies dans le Service de notre Maître le Docteur Léon Tixier, apportent un nouvel appoint aux conclusions de celles que nous venons de rappeler.

OBSERVATION N° I

La jeune Ida B... entre dans le service le 20 avril 1938 avec le diagnostic de purpura grave. Les éléments hémorragiques avaient débuté six semaines auparavant. Mais depuis longtemps l'enfant présentait des épistaxis fréquentes et souvent abondantes, le matin, avant d'aller à l'école. De plus, à l'occasion du moindre traumatisme, des ecchymoses apparaissaient et persistaient durant plusieurs mois.

Née à terme, n'ayant eu comme maladies que la rougeole, la coqueluche et les oreillons, elle n'était pas encore réglée. A noter, dans les antécédents familiaux, trois frères et sœurs sujets aux épistaxis.

Dans le service, on constate un **purpura généralisé**, particulièrement intense au niveau des membres inférieurs et formé de pétéchies et de larges ecchymoses, mais la constatation la plus alarmante est la répétition d'abondantes épistaxis.

L'enfant qui pèse 58 kg 300, sujette à un embonpoint pathologique d'origine vraisemblablement endocrinien, est pâle et fatiguée.

La rate n'est pas perceptible et l'examen somatique ne révèle rien d'anormal.

Devant cet état, le traitement suivant est immédiatement institué :

- tamponnements des fosses nasales
- chlorure de calcium per os 4 gr.
- arrhémapectine
- huile camphrée.

— le 22 avril, reprise de l'épistaxis.

Une numération globulaire donne les résultats suivants :

— Hémoglobine	75 %
— Globules rouges	2.560.000
— Globules blancs	3.400
— Poly-neutro	67 %
— Moyen mono	32 %
— Lympho	1 %
— Plaquettes	330.000

— le temps de saignement est de quarante-cinq minutes.

— le temps de coagulation du sang périphérique est de vingt minutes.

On prescrit devant cette reprise de l'épistaxis :

de l'extrait hypophysaire;

des injections sous-cutanées de solution de peptonc de Witte à 5 % dans un sérum à 5 0/00, tous les deux jours.

Et on pratique une première transfusion de 200 cm³.

— le 30 : Epistaxis.

— Deuxième transfusion de 200 cm³.

— le 4 mai : première séance de radiothérapie splénique.

— le 6 mai : deuxième séance de radiothérapie.

— le 10 mai : l'enfant est de plus en plus fatiguée, pâle.

La numération globulaire donne :

— Hémoglobine	60 %
— Globules rouges	1.650.000
— Globules blancs	6.800
— Poly-neutro	62 %
— Poly-éosino	1 %
— Moyen mono	24 %
— Lympho	8 %
— Transitions	5 %
— Polychromatophylie — anisocytose — poïkilocytose	

troisième séance de radiothérapie.

— le 13 mai : Epistaxis très abondante malgré tamponnement — on pratique une troisième transfusion.

— le 17 mai : Epistaxis encore très abondante.

La numération globulaire donne :

— Hémoglobine	55 %
— Globules rouges	1.670.000
— Globules blancs	9.800
— Poly-neutro	79 %
— Moyen mono	18 %
— Lympho	3 %
— Plaquettes	210.000
— Anisocytose — poïkilocytose.	

On fait une quatrième transfusion.

Devant la persistance des épistaxis, l'altération de l'état général, l'existence, malgré la transfusion, d'une anémie importante, on envisage l'éventualité d'une splénectomie. Aussi : *le 19* : fait-on une cinquième transfusion de 300 cm³.

Et le 20 mai : l'opération est pratiquée d'urgence par M. le Docteur Fèvre, chirurgien des hôpitaux, assistant du Professeur Ombredane. L'intervention est laborieuse en raison des adhérences d'une rate volumineuse qui pèse 380 grammes, mais l'hémostase fut parfaitement assurée.

Les suites opératoires furent assez simples; l'enfant resta pendant dix jours dans la salle de chirurgie. Elle présenta pendant les huit premiers jours de la tachycardie (120 à 130), des signes de congestion pleuro-pulmonaire qui s'atténuèrent, d'ailleurs progressivement. Malgré cette complication qui est d'observation courante après les splénectomies quelque peu laborieuses, on ne constata pas le plus petit saignement de nez, la coloration de la peau et des muqueuses se refit spontanément et progressivement.

La numération du 30 mai montra déjà une amélioration notable de la formule sanguine.

— Hémoglobine	55 %
— Globules rouges	2.800.000
— Globules blancs	13.000
— Poly-neutro	64 %
— Moyens mono	13 %

que confirmèrent les examens successifs.

Examen du 2 juin 1938 :

— Hémoglobine	80 %
---------------------	------

— Globules rouges	3.160.000
— Globules blancs	8.800
— Poly-neutro	50 %
— Moyens mono	27 %

Le temps de saignement et de coagulation étaient revenus sensiblement normaux.

— le poids de la petite malade était alors de 41 kg 600 et à la date du 23 juin, atteignait 45 kilos.

Quatre mois après, la petite malade conservait un excellent état général. Sa tension artérielle était de :

— Maxima : 13,5.

— Minima : 7.

Examen du 13 octobre 1938 :

— Hémoglobine	85 %
— Globules rouges	5.440.000
— Globules blancs	11.400
— Poly-neutro	45 %
— Moyens mono	37 %
— Lympho	12 %
* — Transitions	3 %

La petite malade n'a pas été revue depuis cette époque et tout porte à croire que son état de santé est resté bon, les parents ayant été priés de la ramener à la moindre alerte.

OBSERVATION N° II

La jeune Elise G..., 10 ans, entre dans le service, salle Blache, le 19 mai 1938 pour une épistaxis importante apparue à 6 heures du matin.

L'enfant était très bien portante jusqu'en janvier 1938, époque à laquelle apparurent épistaxis — ecchymoses spontanées et pétéchies surtout marquées au niveau des jambes.

Vue deux mois après, à la consultation de M. le Docteur Darré, un traitement au chlorocalcium et au coagulé est institué.

Durant deux mois, les ecchymoses et les épistaxis peu abondantes n'inquiétèrent pas la famille — mais l'évolution procédait par poussées durant lesquelles prédominaient soit les épistaxis, soit les ecchymoses.

Puis, au début de mai, l'enfant contracta les oreillons. Hospitalisée à Ivry, elle fait une nouvelle épistaxis très abondante qui dura quatre jours.

— la durée du temps de saignement recherchée fut de 45 minutes.

Un tamponnement des fosses nasales fut pratiquée.

Durant les oreillons, rien d'autre à signaler.

Au moment de la sortie (17 mai), le temps de saignement est de 20 minutes.

Et c'est deux jours après que l'enfant nous est amenée.

A noter dans les antécédents, une grand'mère maternelle qui eut, avant sa puberté, des hémorragies nasales importantes et récidivantes.

Une tante aurait souvent des hémorragies.

A l'examen, on constate la présence de pétéchies aux membres inférieurs et au thorax et sur le visage, au niveau de l'œil gauche, une ecchymose traumatique.

L'épistaxis est abondante et semble continuer malgré le tamponnement.

La rate paraît augmentée de volume — le foie n'est pas palpable.

- le temps de saignement est de 33 minutes.
- le temps de coagulation de 4 minutes.
- il n'y a pas de signe du lacet.

Outre le tamponnement on institue le traitement suivant :

- arrhémapectine
- chlorure de calcium
- injection sous-cutanée de peptone de Witte et, devant l'anémie et la faiblesse de la petite malade, on pratique une transfusion de 200 cm³ après avoir fait une numération qui montre :

— Hémoglobine	80 %
— Globules rouges	2.250.000
— Globules blancs	7.000
— Poly-neutro	86 %
— Moyens mono	14 %
— Plaquettes	231.000

- le 23 mai : nouvelle numération qui montre une accentuation de l'anémie.

— Hémoglobine	75 %
— Globules rouges	1.670.000
— Globules blancs	2.000
— Poly-neutro	41 %

- le 1^{er} juin : formule sanguine à peu près identique.

— Hémoglobine	65 %
— Globules rouges	2.000.000
— Globules blancs	9.600

- le 4 juin : nouvelle épistaxis moins abondante que la précédente.

- le 5 juin : épistaxis assez abondante — on pratique une deuxième transfusion de 250 gr.
- le 6 juin : l'enfant saigne encore abondamment du nez.
- le 10 juin : une numération globulaire donne des résultats sensiblement identiques aux précédents.

L'état d'anémie et de faiblesse persistant et même s'aggravant malgré les divers traitements médicaux, les hémorragies nasales se reproduisant d'une façon aussi intense, notre Maître, le Docteur Tixier, d'ailleurs favorablement impressionné par le très beau succès de l'observation précédente, demande à M. le Docteur Fèvre de pratiquer la splénectomie.

Cette intervention précédée d'une transfusion de 150 gr., fut pratiquée le 15 juin 1938. L'opération se fit sans aucun incident en raison de l'absence d'adhérences.

Les jours suivants, la température atteignit un seul jour 38 degrés.

Le 21 juin : la numération des éléments du sang soulignant une amélioration considérable de la formule sanguine :

— Hémoglobine	80 %
— Globules rouges	4.300.000
— Globules blancs	13.000
— Poly-neutro	60 %

Le 24 juin : on note une très légère épistaxis sous forme de quelques gouttes de sang. Celle-ci ne se renouvelle d'ailleurs pas. Le temps de saignement est retombé à quatre minutes, le temps de coagulation est normal.

Depuis l'intervention, aucune plaque nouvelle de purpura ne s'est manifestée; les épistaxis sont arrêtées; le poids est sensiblement stationnaire et l'état général est revenu tellement bon que l'enfant quitte le service pour rentrer chez elle le 30 juin 1938.

Depuis cette époque, la maman a ramené à différentes reprises sa fille à la consultation du service. La guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

DISCUSSION ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

L'évolution clinique des deux cas que nous venons de rapporter, montre tout d'abord d'une façon particulièrement frappante, que les différents symptômes morbides constatés qui relèvent de la diathèse hémorragique n'ont été que très passagèrement influencés par la thérapeutique hémostatique habituellement mise en œuvre.

Le traitement local (tamponnement des fosses nasales avec ou sans sérine) n'a eu dans les deux cas, aucun effet pertinent. Le traitement général, qui consiste surtout à introduire dans l'organisme malade, des substances destinées à améliorer la durée des temps de saignement et de coagulation : chlorure de calcium, ferments végétaux coagulants, Peptone de Witt, lobe postérieur d'hypophyse, Extraits hépatiques, boissons glacées, n'ont eu qu'une action pour le moins aléatoire.

L'irradiation splénique n'a été suivie d'aucune amélioration.

Seules les transfusions arrêterent d'une façon transitoire les hémorragies nasales et eurent au moins l'avantage de lutter momentanément contre l'état d'anémie des fillettes qui purent ainsi mieux supporter l'intervention chirurgicale à laquelle elles furent finalement soumises.

L'insuffisance de ces divers moyens thérapeutiques est d'ailleurs mise en relief par la comparaison des chiffres

donnés par la numération globulaire à l'entrée des malades à l'hôpital et à la veille de cette intervention.

Dans l'observation 1 : 2.560.000 hématies à l'entrée, avec 75 % d'hémoglobine, 1.670.000 hématies avant l'intervention avec 55 % d'hémoglobine.

Dans l'observation 2 : 2.250.000 hématies à l'entrée, avec 70 % d'hémoglobine, 2.000.000 hématies avant l'intervention avec 65 % d'hémoglobine.

Nos deux cas ont donc démontré que la seule thérapeutique efficace a consisté dans un acte opératoire — La splénectomie — qui est vraiment, comme l'a décrit notre Maître, le Docteur Léon TIXIER, « le seul moyen
« rapide et efficace que nous possédons pour faire ces-
« ser les déperditions sanguines qui, très souvent, chez
« des fillettes et des jeunes filles atteintes d'épistaxis gra-
« ves et récidivantes au voisinage de la puberté, sont
« rebelles aux différents traitements médicaux anti-
« hémorragiques, ainsi qu'à la transfusion ».

La splénectomie, dans un cas de Purpura chronique chez l'adulte, fut pratiquée pour la première fois en 1916 par Kaznelson, avec succès, et entra progressivement dans la thérapeutique des maladies vasculo-sanguines, à la suite de diverses publications d'auteurs français et étrangers (Fiessinger et Brodin, en 1927; Quenu, en 1929, Wipple).

Elle fut tout naturellement préconisée à la suite des travaux de P. E. Weill sur l'Hémogénie et notamment le résultat heureux relaté en 1932 par le Pr. NOBÉCOURT dans l'observation que nous avons rappelée, incita de nombreux cliniciens à l'utiliser avec confiance dans certains cas graves qu'il convient de préciser.

Il ne suffit pas, en effet, d'y avoir recours sans discernement, à l'instar de certains auteurs américains, comme Maingot, qui considèrent que toute hémogénie doit être traitée par la splénectomie.

Les indications sont plus restreintes et elles ont été bien précisées par Th. Bertrand FONTAIN et R. PARLIER dans le *Bulletin général de thérapeutique* n° 8, de 1934.

D'après ces auteurs, la splénectomie doit être envisagée seulement en présence d'hémorragies viscérales abondantes ou en présence de cas où les manifestations vasculo-sanguines d'abord minimales évoluent par poussées vers de larges ecchymoses et des saignements viscéraux importants.

Il faut également savoir choisir le moment de l'intervention, après l'inefficacité constatée des transfusions qui peuvent même, dans certains cas, aggraver l'état des malades.

C'est particulièrement le degré d'anémie qui doit amener la décision et l'enfant se remettra d'autant plus vite, que sa résistance n'aura pas été par trop amoindrie, et que les indications opératoires auront été posées à temps.

Quant à l'explication qu'il convient d'attribuer à l'effet bienfaisant de l'ablation de la rate dans les deux cas que nous avons relatés, il nous semble difficile de nous en rapporter à celle généralement acceptée.

En effet, si on admet que la rate détruit les hémoblastes fabriqués par la moelle osseuse, comme elle détruit les globules rouges vieillissants, la splénectomie a pour but, par conséquent, d'enlever l'organe destructeur des hémoblastes, éléments qui s'opposent à l'irrétractilité du caillot et à l'augmentation du temps de saignement. (Pagnez, Lesourd et Duky.)

Or, dans nos deux observations, les plaquettes avaient un taux sensiblement normal et cependant le temps de saignement était notablement augmenté.

Nous nous bornerons à constater, sans pouvoir en donner l'explication, que celui-ci redevient normal à la suite de la splénectomie avec la cessation de toutes manifestations hémorragiques.

CONCLUSIONS

1° Les épistaxis des filles, aux approches de la puberté, associées à certaines modifications vasculo-sanguines dont la principale et la plus constante est la prolongation du temps de saignement, relèvent de la diathèse hémogénique.

2° Le caractère rebelle et persistant de ces épistaxis impose un traitement qui sort du cadre habituel de la thérapeutique médicale, lorsque celle-ci s'est avérée inefficace.

3° Il convient toutefois de ne pas attendre que la résistance du sujet soit trop notablement amoindrie par l'abondance et la répétition des hémorragies.

4° Dans de tels cas, c'est à la splénectomie qu'il faut avoir recours, précédée d'une transfusion sanguine.

5° L'acte opératoire, exempt de gravité en des mains expérimentées, est bien supporté par ces malades et amène généralement, comme nous avons pu l'observer :

- a) la cessation immédiate des hémorragies;
- b) l'augmentation progressive des hématies et du taux de l'hémoglobine,
- c) le retour à la normale du temps de saignement,
- d) le relèvement de l'état général,
- e) le maintien de l'état de guérison.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

Vu : *Le Président de Thèse,*
NOBÉCOURT

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

P. Nobécourt, R. Liège, Grodnistsky. — Hémogénie. Épistaxis rebelles à toute thérapeutique chez une fille de 11 ans — splénectomie — arrêt immédiat des hémorragies. (Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris, mars 1932.)

Tixier (Léon). — Les épistaxis récidivantes chez les enfants. (Monde médical, oct. 1938.)

Kuperberg. — Contribution à l'étude de la splénectomie chez l'enfant. (Thèse de Paris, 1938.)

Bertrand-Fontaine (Th.), Parlier (R.). — La splénectomie dans l'hémogénie. (Bull. gén. de Thérapeutique, n° 8, 1934.)

Mallet-Guy (P.), Croizat (P.). — Hémogénie chez une fillette de 11 ans, splénectomie après échec de la radiothérapie. (Lyon chir., juillet-août 1935.)



